

Problemdarstellung und Ergebnisse einer Kontinuitätseinschätzung in der posthospitalen Versorgung ersteingewiesener psychiatrischer Patienten

Bell, Volker; Blumenthal, Stefan; Neumann, Norbert-Ulrich; Schüttler, Reinhold; Vogel, Rüdiger

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bell, V., Blumenthal, S., Neumann, N.-U., Schüttler, R., & Vogel, R. (1985). Problemdarstellung und Ergebnisse einer Kontinuitätseinschätzung in der posthospitalen Versorgung ersteingewiesener psychiatrischer Patienten. *ZUMA Nachrichten*, 9(16), 4-15. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210368>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Problemdarstellung und Ergebnisse einer Kontinuitätseinschätzung in der posthospitalen Versorgung ersteingewiesener psychiatrischer Patienten

1. Einleitung

Im Rahmen einer Untersuchung zur beruflichen und sozialen Integration und Reintegration ersteingewiesener psychiatrischer Patienten (vgl. auch die Projektberichte in den ZUMANACHRICHTEN 11 und 14) erschien es uns von größter Wichtigkeit, die posthospitalen Versorgung dieser Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung zu dokumentieren. HÄFNER (1984) betont die Notwendigkeit einer solchen Ist-Analyse der vorhandenen Einrichtungen zur Planung und Organisation von Diensten für die seelische Gesundheit, denn nur auf dieser Grundlage können problematische Patientengruppen oder Nachsorgebereiche erkannt werden. Das Problem der poststationären Versorgung nimmt schon seit Anfang dieses Jahrhunderts ständig zu. BROWN (1960) konnte anhand von 16 Studien zur Verweildauer schizophrener Patienten aus den Jahren 1900 - 1960 nachweisen, daß die durchschnittliche Verweildauer in stationären Einrichtungen stetig abnahm. Dieser Trend hat sich in den letzten Jahren verstärkt fortgesetzt. Beispielsweise sank im psychiatrischen Bereich des Bezirkskrankenhauses Günzburg die Verweildauer der Patienten von 314 Tagen im Jahre 1971 auf 163 Tage im Jahre 1979. Gleichzeitig nahm im selben Zeitraum die Anzahl der wiederholten Einweisungen um ca. 60% zu. Daß diese gegenläufige Entwicklung von Verweildauer und Anzahl der Aufnahmen nicht nur auf das zitierte Krankenhaus beschränkt ist, zeigen ähnliche Zahlen des Landschaftsverbandes Rheinland für dessen psychiatrische Krankenhäuser (HÄFNER, 1984). Zur Vermeidung dieses sogenannten "Drehtüreffektes" kommt den ärztlichen und nichtärztlichen Nachsorgeeinrichtungen besondere Bedeutung zu. Beschreibungen des Istzustandes in der Versorgung liegen z.T. schon vor. Allerdings wurde dabei entweder wie bei DECKWITZ (1973) oder DILLING und WEYERER (1978) von einer bestimmten Nachsorgeeinrichtung - den niedergelassenen Nervenärzten - ausgegangen und untersucht, welche Patienten von diesen behandelt wurden, oder man beschränkte sich auf eine bestimmte Diagnosegruppe, für die eine Nachsorge als besonders wichtig erachtet wird, nämlich die Gruppe der schizophrenen Psychosen (BOSCH & PIETZCKER, 1975; HUBER, GROSS & SCHOTTLER, 1979; KLUG u.a., 1982). Mangel besteht an prospektiven Studien, die ein breites Spektrum psychiatrischer Diagnosen und Behandlungseinrichtungen umfassen.

Die vorliegende Untersuchung ist in dieser Weise angelegt und erste Ergebnisse wurden bereits an anderer Stelle publiziert (BELL et al., 1983, 1984). Die Auswertungen bezogen sich aber immer nur auf die Information, ob bestimmte Nachsorgeeinrichtungen überhaupt in Anspruch genommen wurden und in welchem Umfang dies geschah. Über die Regelmäßigkeit der nachsorgenden Betreuung konnten bisher noch keine Angaben gemacht werden. Da aber die Wirksamkeit der Nachsorge entscheidend durch ihre Kontinuität beeinflusst wird, entwickelten wir Operationalisierungsregeln zu deren Quantifizierung. Thema dieses Beitrages ist die Darstellung dieses Vorgehens und die Präsentation der ersten Ergebnisse hierzu.

2. Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen unserer Studie zur beruflichen Integration und Reintegration stationär behandelter psychiatrischer Patienten konnten von 258 ersteingewiesenen Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung 226 über ihr Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen und nichtmedizinischen Versorgungseinrichtungen befragt werden. Bei den Patienten handelt es sich um eine Vollerhebung aller Patienten des Bezirkskrankenhauses Günzburg, die sich im Jahre 1979 zum erstenmal in ihrem Leben in einer stationären psychiatrischen Behandlung befanden. Es wurden nur Patienten ausgeschlossen, bei denen Faktoren wie eine langandauernde prähospitalerwerbslosigkeit (über 5 Jahre), ausländische Staatsbürgerschaft, hohes Alter, zu lange Aufenthaltsdauer (über 1 Jahr) oder eine Minderbegabung bzw. Formen des Schwachsinn eine berufliche Wiedereingliederung zusätzlich erschwert hätten.

Die Gesamtstichprobe wurde anhand der Entlassungsdiagnose (International Classification of Diseases, 8. Revision) des behandelnden Arztes in 5 diagnostische Oberkategorien aufgeteilt.

1. Organische und psychiatrische Erkrankungen (n=20)
2. Schizophrene Psychosen (n=29)
3. Affektive und andere Psychosen (N=22)
4. Neurotische und psychosomatische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende psychische Anfälligkeiten (n=73)
5. Alkoholismus und Drogenabhängigkeit (n=85).

3. Methode und Operationalisierungsregeln

In einem persönlichen Interview wurde für das Jahr nach der Entlassung die Inanspruchnahme von 24 möglichen Arten von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungseinrichtungen bei den Patienten erfragt. Um die Häufigkeit der Inanspruchnahme jeder Einrichtung zu registrieren, wurde der Untersuchungszeitraum von 13 Monaten in 26 gleiche Intervalle aufgeteilt und dann ausgezählt, in wievielen Intervallen eine Inanspruchnahme stattgefunden hatte. Ausgehend von dieser 24 (Behandlungseinrichtungen) x 26 (Zeitintervalle) Matrix läßt sich durch einfache Summation für jeden Patienten Art und Umfang der poststationären Behandlung registrieren (vgl. Abbildung 1). Für jede Behandlungseinrichtung ergibt sich also ein Wert, der zwischen 0 und 26 variiert. Aufgrund solcher Summenscores läßt sich aber die Kontinuität in der Versorgung nur unzureichend abschätzen. Wir entwickelten daher Operationalisierungsregeln zur Einschätzung dieser Regelmäßigkeit. Dabei schien es uns aber aufgrund der zum Teil geringen Ausprägungen des Summenscores bei einzelnen Behandlungseinrichtungen nicht sinnvoll, diese Regeln auf alle 24 Versorgungskategorien anzuwenden. Es wurden daher nur die wichtigsten Einzelkategorien ausgewählt bzw. durch Zusammenfassung inhaltlich zusammengehöriger Kategorien verschiedene Objektkategorien gebildet, welche dann auch das gesamte Inanspruchnahme-Spektrum abbildeten. Auf folgende Versorgungskategorien bzw. Oberkategorien sollten dann unsere Operationalisierungsregeln angewendet werden (in Klammern die entsprechenden Nummern aus dem Inanspruchnahme-Raster, vgl. Abbildung 1):

1. Psychiatrische Ambulanz (7)
2. Nervenarzt (8)
3. Hausarzt (9)
4. Alle Ärzte (7 Psychiatrische Ambulanz + 8 Nervenarzt + 9 Hausarzt + 10 anderer Facharzt + 11 Poliklinik, ambulant + 14 Außenfürsorge + 15 Gesundheitsamt)
5. Alle Nervenfachärzte (7 Psychiatrische Ambulanz + 8 Nervenarzt + 11 Poliklinik + 14 Außenfürsorge + 15 Gesundheitsamt)
6. Sozio-/Psychotherapie (12 Psychologe + 16 Sozialamt + 17 Sozialarbeiter + 18 sozialpsychologische Beratungsstelle + 19 andere offizielle Beratungseinrichtungen)
7. Selbsthilfepotential (20 Laienhelfergruppen + 21 AA + 22 andere Selbsthilfeorganisationen)
8. Ambulante Behandlung wegen körperlicher Beschwerden (23 Hausarzt + 24 Facharzt + 25 Poliklinik).

ZUMA

Abbildung 1: Inanspruchnahme-Raster

Monat																				
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Stat. Behandl. weg. psych. Beschw.																				
1 Stationär/psychiatrisch																				
2 Entz.kur/psychosomat. Klinik																				
3 Tag-/Nachtklinik																				
4 Therapeut. Wohng./Heim																				
Stat. Behandl. weg. körp. Beschw.																				
5 Stationär																				
6 Kur																				
Amb. Behandl. weg. psych. Beschw.																				
7 Psychiatrische Ambulanz																				
8 Nervenarzt (niedergelassen)																				
9 Hausarzt																				
10 Anderer Facharzt																				
11 Poliklinik (amb.), Truppenarzt																				
12 Psychologe																				
13 Heilpraktiker (o.a. paramed. Behandlung)																				
14 Außenfürsorge																				
15 Gesundheitsamt																				
16 Sozialamt																				
17 Sozialarbeiter																				
18 Psychosoz. Beratungsstellen Sozialpsychiatr. Dienste																				
19 And. offiz. Berat.einrichtungen																				
20 Laienhelfergruppe																				
21 AA oder ähnl. Einrichtungen																				
20 Laienhelfergruppe																				
Amb. Behandl. weg. körp. Beschw.																				
23 Hausarzt																				
24 Facharzt																				
25 Poliklinik (ambulant)																				

ZUMA

Für jede der oben genannten Versorgungskategorien konnten dann bei jedem Patienten folgende ordinale Skalenwerte vergeben werden:

- 1 = kein Kontakt
(kein Kontakt über den gesamten Beobachtungszeitraum für die entsprechende Inanspruchnahme-Kategorie; stationäre Aufenthalte bleiben dabei unberücksichtigt).
- 2 = Unregelmäßigkeit
(die oben genannten Kriterien sind nicht erfüllt)
- 3 = Regelmäßigkeit
(die oben genannten Kriterien 1-5 werden erfüllt).

4. Ergebnisse

Im Jahr nach ihrer Entlassung hatten 2/3 unserer Patienten wegen psychischer Beschwerden ambulant Kontakt zu einem Arzt (vgl. Tabelle 1). Regelmäßig waren über 1/4 unserer Patienten wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt in Behandlung. Die wichtigste ambulante Versorgungssituation ist der praktische Arzt, gefolgt vom niedergelassenen Nervenarzt und der Ambulanz des psychiatrischen Krankenhauses. Der geringe Anteil regelmäßiger Inanspruchnahme der psychiatrischen Ambulanz (3%) deutet darauf hin, daß sich die Aktivitäten dieser Einrichtung auf die Zeit kurz nach der Entlassung konzentrieren.

Wegen körperlicher Beschwerden waren etwa genauso viele Patienten in ambulanter ärztlicher Behandlung wie wegen psychischer Beschwerden. Allerdings war der Anteil der regelmäßig versorgten Patienten nur halb so groß (12%).

Zu einer nicht-ärztlichen Einrichtung hatten 30% aller Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung wegen psychischer Beschwerden ambulant Kontakt, und ca. 7% (N=16) nahmen eine solche Möglichkeit regelmäßig in Anspruch.

Diese Zahlen geben einen Überblick über das Nachsorgeverhalten der Gesamtstichprobe. Betrachtet man allerdings die einzelnen diagnostischen Oberkategorien, so wird die große Inhomogenität der Gesamtgruppe deutlich, d.h. die einzelnen Diagnosegruppen unterscheiden sich in ihrem Nachsorgeverhalten zum Teil erheblich. So wurden die Suchtkranken durchgängig in allen Versorgungskategorien am seltensten wegen psychischer Beschwerden (incl. Suchtproblematik) ambulant behandelt. Allein bei der Kategorie "Versorgung wegen körperlicher Beschwerden" ist der Anteil der im Jahr nach der Entlas-

Tabelle 1: Regelmäßigkeit der Versorgung durch die verschiedenen Einrichtungen - getrennt nach Diagnosen
(in %; N=229)

Diagnosen Versorgungs- einrich- tung	Org. psychiatr. Erkrank. (N = 20)			Schizophrene Psychosen (N=29)			Affekt. u.a. Psychosen (N = 22)			Neurosen (N = 73)			Suchtkranke (N = 85)			Gesamt N = 229		
	Regelmäßigkeit			Regelmäßigkeit			Regelmäßigkeit			Regelmäßigkeit			Regelmäßigkeit			Regelmäßigkeit		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Psychiatr. Ambulanz	60,0	40,0	0,0	65,5	24,1	10,4	68,2	22,7	9,1	69,9	27,4	2,7	95,3	4,7	0,0	77,7	19,2	3,1
Nervenarzt	65,0	35,0	0,0	48,3	24,1	27,6	54,5	45,5	0,0	72,6	21,9	5,5	92,9	4,7	2,4	74,7	19,2	6,1
Hausarzt	35,0	35,0	30,0	65,5	17,2	17,2	31,8	50,0	18,2	54,8	32,9	12,3	80,0	17,6	2,4	61,6	27,1	11,3
Alle Ärzte	5,0	55,0	40,0	3,4	34,5	62,1	9,1	54,5	36,4	27,4	45,2	27,4	57,7	34,1	8,2	31,9	41,5	26,6
Alle Nerven- fachärzte	40,0	55,0	5,0	3,5	58,6	37,9	27,3	63,6	9,1	43,8	45,2	11,0	71,8	22,3	5,9	47,2	41,0	11,8
Sozio/Psycho- therapie	75,0	20,0	5,0	82,8	17,2	0,0	95,5	4,6	0,0	68,5	24,7	6,8	85,9	9,4	4,7	79,9	15,7	4,4
Selbsthilfe- potential	95,0	5,0	0,0	93,1	3,5	3,5	90,1	9,1	0,0	94,5	4,1	1,4	85,9	10,6	3,5	90,8	7,0	2,2
Alle nicht- ärztl. Ein- richtungen	75,0	20,0	5,0	72,4	24,1	3,5	77,3	22,7	0,0	60,3	30,1	9,6	77,7	14,1	8,2	71,2	21,8	7,0
Amb. Behandl. weg. körperl. Beschwerden	35,0	50,0	5,0	58,6	31,0	10,3	36,4	40,9	22,7	39,7	49,3	11,0	31,8	57,6	10,6	38,4	50,2	11,6

1 = kein Kontakt
2 = unregelmäßiger Kontakt
3 = regelmäßiger Kontakt

sung behandelten Patienten der größte aller Diagnosegruppen (68%). In die weiteren statistischen Analysen hinsichtlich diagnosespezifischer Unterschiede werden die Suchtkranken deshalb nicht miteinbezogen.

Das herausragende Ergebnis der diagnosespezifischen Analysen ist der hohe Versorgungsgrad der schizophrenen Patienten im Jahr nach ihrem ersten stationären Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus. Nur ein Patient hatte nach seiner Entlassung keinen Kontakt mehr zu einem Arzt, um sich wegen psychischer Beschwerden behandeln zu lassen.

Fast 2/3 dieser Patienten (N=18) wurden nach unseren Definitionskriterien regelmäßig durch Ärzte behandelt. In dieser Patientengruppe werden am häufigsten die Nervenärzte (Niedergelassene Nervenärzte, Psychiatrische Ambulanz, Außenfürsorge des Krankenhauses usw.) in Anspruch genommen. Bis auf eine Ausnahme wurden alle Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung von einem Nervenarzt gesehen, und ca. 40% (N=11) wurden regelmäßig nervenärztlich behandelt. Die dominante Einzel-Institution ist dabei der niedergelassene Nervenarzt. Zu ihm gingen annähernd 30% (N=8) der Patienten regelmäßig in Behandlung. Die schizophrenen Patienten wurden somit signifikant regelmäßiger durch die genannten Institutionen versorgt als die anderen Diagnosegruppen (auch wenn die suchtkranken Patienten - wie schon erwähnt - nicht in die Analysen mit eingehen).

Charakteristisch für die Patienten mit einer organisch-psychiatrischen Erkrankung und jene mit einer affektiven Psychose ist ihre im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen (schizophrene Psychosen und neurotische Erkrankungen) signifikant regelmäßige Versorgung wegen psychischer Beschwerden durch Allgemeinärzte.

Die Patienten mit einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung waren poststationär selten wegen psychischer Beschwerden in einer ambulanten Behandlung. Dieses gilt für fast alle Versorgungseinrichtungen. Einzig was die ambulante Versorgung durch sozio- oder psychotherapeutische nicht-ärztliche Einrichtungen betrifft, unterscheidet sich diese Patientengruppe signifikant von dem Rest der von uns untersuchten Patienten. 31% dieser Patienten hatten im Jahr nach ihrer Entlassung Kontakt zu solch einer Einrichtung, während dies in der Restgruppe

nur bei 14% der Fall war. 7% der neurotisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten waren gemäß unserer Definition regelmäßig in einer ambulanten nicht-ärztlichen sozio- oder psychotherapeutischen Einrichtung.

5. Diskussion und Schlußbemerkungen

Das erste wichtige Ergebnis dieser Untersuchung ist der auf den ersten Blick hohe Versorgungsgrad der von uns untersuchten ersteingewiesenen psychiatrischen Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung. 90% dieser Patienten hatten in diesem Zeitraum in irgendeiner Form Kontakt mit unserem Gesundheitssystem im weiteren Sinne, 3/4 der Patienten begaben sich wegen psychischer Beschwerden in eine ambulante Behandlung, und 2/3 waren wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt. Diese Zahlen machen deutlich, daß nach dem stationären Aufenthalt die Behandlung keineswegs als abgeschlossen betrachtet werden kann. Bei dieser Personengruppe besteht offensichtlich ein großer Bedarf, wegen psychischer Beschwerden ambulant behandelt zu werden. Dieses wird dadurch unterstrichen, daß immerhin fast 30% der Patienten nach ihrem ersten Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus nach unseren Definitionskriterien regelmäßig von einem Arzt wegen ihrer psychischen Beschwerden behandelt wurden. Ob die Patienten allerdings eine für ihr Beschwerdebild optimale Behandlung erfahren, ist zumindest fraglich; denn nach wie vor ruht die Hauptlast der ambulanten Nachbetreuung auf den Schultern der Hausärzte. Die Begründung hierfür ist sicher im ländlichen Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Günzburg und der damit verbundenen geringen Versorgungsdichte u.a. mit niedergelassenen Nervenärzten und psychologischen Beratungsstellen zu finden.

Trotz dieser geringen Versorgungsdichte kann jedoch festgestellt werden, daß in den letzten 5 bis 7 Jahren die ambulante Inanspruchnahme von Behandlungseinrichtungen sicher gestiegen ist (vgl. BOSCH & PIETZCKER, 1975). Die Gründe hierfür liegen wahrscheinlich in dem doch inzwischen gesteigerten Behandlungsangebot und dem veränderten Problembewußtsein der Patienten bezüglich der Notwendigkeit ambulanter Nachsorge. Immerhin hielten 2/3 aller untersuchten Patienten kurz vor ihrer Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus eine ärztliche Nachbetreuung für notwendig.

Das zweite uns wichtig erscheinende Ergebnis der Untersuchung ist die durch diagnosespezifische Unterschiede verursachte Inhomogenität der Gesamtstich-

probe. So wurden die suchtkranken Patienten durchgängig über alle Versorgungseinrichtungen selten wegen psychischer Beschwerden behandelt. Allein was die Behandlung körperlicher Beschwerden betrifft, nehmen diese Patienten eine Spitzenposition ein. Darin scheint sich anzudeuten, daß suchtkranke Patienten Körperstörungen mit größerer Besorgnis verfolgen als das Grundleiden selbst. Dieses ist vor allem deshalb bedenklich, weil wir durch Nachfrage bei ihren Bezugspersonen wissen, daß ungefähr 70% dieser Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung wieder rückfällig geworden sind (VOGEL u.a., 1985).

Den Gegenpol bilden Patienten mit einer schizophrenen Psychose. Hier hatte nur ein Patient im Jahr nach der ersten stationären psychiatrischen Behandlung keinen Kontakt mehr zu einem Arzt, und fast 2/3 der Patienten waren sogar regelmäßig wegen psychischer Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Über die Gestaltung dieser Behandlung kann allerdings mit den uns bisher vorliegenden Daten keine Aussage gemacht werden. Sicher ist aber die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Kontakte positiv zu bewerten, da bei dieser Patientengruppe die Gefahr von Wiedereinweisungen besonders hoch ist. Auch scheinen die Patienten richtig plaziert zu sein, denn die Behandlung findet primär durch Nervenärzte statt.

Während die Patienten mit einer schizophrenen Psychose im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen regelmäßig zu einem Nervenarzt gingen, wurden die Patienten mit einer organischen psychiatrischen Erkrankung oder einer affektiven Psychose häufiger von ihrem Hausarzt behandelt. Dabei tendierten die Patienten mit einer affektiven Psychose eher zu einer unregelmäßigen Behandlung, während die Patienten mit einer organischen psychiatrischen Erkrankung bemerkenswert regelmäßig beim Hausarzt waren. Dieses Ergebnis kann bei den Patienten mit einer affektiven Psychose möglicherweise durch die soziodemographische Struktur dieser Personengruppe erklärt werden. Es handelt sich bei diesen Patienten überwiegend um ältere, als mithelfende Familienangehörige arbeitende Frauen, die wahrscheinlich seit langem gewohnt sind, bei Beschwerden zu ihrem Hausarzt zu gehen und daher dem in den letzten Jahren zunehmenden Trend zur fachärztlichen Versorgung nur zögernd folgen. Dieser Erklärungsansatz wird von ZINTL-WIEGAND u.a. (1978) unterstützt, die bei in Allgemeinpraxen behandelten Patienten Frauen und ältere Personen überrepräsentiert fanden. Diese Erklärung kann für die organisch-

psychiatrischen Patienten allerdings nicht herangezogen werden, da diese sich in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur nicht von den anderen Diagnosegruppen unterscheiden. Diese Personengruppe hat mit den Patienten mit einer affektiven Psychose allerdings gemeinsam, daß hier besonders viele nichtqualifizierte Ausbildungsabschlüsse vorliegen. Möglicherweise spielt der Bildungsstand bei der Wahl der ärztlichen Versorgung (allgemeinärztliche vs. fachärztliche) eine Rolle.

Die Patienten mit einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich von den anderen Diagnosegruppen primär durch ihre stärkere nicht-ärztliche sozio- oder psychotherapeutische Versorgung. Nimmt man alle nicht-ärztlichen Einrichtungen (also nicht nur die sozio- oder psychotherapeutischen Einrichtungen) zusammen, waren sogar 40% der Patienten ambulant wegen ihrer psychischen Beschwerden und davon waren 10% regelmäßig dort. Wenn man in Rechnung stellt, daß das Beschwerdebild dieser Patienten zwar keiner langen stationären psychiatrischen Behandlung (diese Patienten haben die signifikant kürzeste Aufenthaltsdauer), wohl aber einer längerfristigen sozio- oder psychotherapeutischen Intervention bedarf, so scheint der Anteil regelmäßiger Behandlungen eher niedrig und kann am ehesten durch die geringe Versorgungsdichte unseres Einzugsgebietes mit solchen Einrichtungen erklärt werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die posthospitalen Inanspruchnahme der verschiedensten Einrichtungen durch unsere ersteingewiesenen psychiatrischen Patienten global gesehen unerwartet groß ist. Die diagnosespezifische Auswertung zeigt jedoch Schwerpunkte und Schwachpunkte. Art, Umfang und Regelmäßigkeit der Versorgung neurotischer oder suchtkrankter Patienten sind besonders verbesserungsbedürftig. Das Gewicht der ambulanten Behandlung organisch-psychiatrisch und affektiv-psychotisch erkrankter Patienten sollte mit mehr Fachkompetenz erfolgen. Allein bei den an einer schizophrenen Psychose erkrankten Patienten lassen zumindest Art und Regelmäßigkeit der rein ärztlichen Versorgung kaum noch Wünsche offen. Wie es allerdings um die Qualität und Effektivität der Behandlung steht und inwieweit ergänzende therapeutische Hilfen für diesen Patientenkreis zusätzlich wünschenswert sind, wird erst die zur Zeit noch laufende 5-Jahres-Katamnese unserer Patienten zeigen, zumal diese Kriterien nur im langfristigen Verlauf zu bewerten sind.

Das dem Bericht zugrundeliegende Projekt wurde im Rahmen des SFB 129 der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg - Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm (Leiter: Prof.Dr. R. Schüttler) - durchgeführt. Der vorstehende Bericht wurde von V. Bell, St. Blumenthal, N.-U. Neumann, R. Schüttler und R. Vogel verfaßt. Projektleiter bei ZUMA ist P. Mohler.

Literatur

- BELL, V., ASCHOFF-PLUTA, R., BLUMENTHAL, St., LUNGERSHAUSEN, E. & VOGEL, R. Das Nachsorgeverhalten ersteingewiesener psychiatrischer Patienten im Jahr nach ihrer Entlassung. Psychiatrische Praxis, Heft 1, 1983, 24-27.
- BELL, V., ASCHOFF-PLUTA, R., BLUMENTHAL, St., LUNGERSHAUSEN, E. & VOGEL, R. Die ambulante und stationäre Nachbehandlung ersteingewiesener depressiver Patienten. In: M. WOLFERSDORF, R. STRAUB & G. HOLE (Hrsg.), Der depressive Kranke in der psychiatrischen Klinik - Theorie und Praxis der Diagnose und Therapie. Regensburg: Roderer, 1984.
- BOSCH, G. & PIETZCKER, A. Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Bonn, 1975.
- BROWN, G. Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. Acta Psychiat. Neurol. Scand., 35, 1960, 414-430.
- DECKWITZ, R. Zur Tätigkeit der Nervenärzte und der Versorgung psychiatrisch Kranker und Behinderter in der BRD. Spectrum, 6, 1973, 181-196.
- DILLING, H. & WEYERER, S. Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. München: Urban & Schwarzenberg, 1978.
- HÄFNER, H. Planung und Organisation von Diensten für die seelische Gesundheit. Spectrum, 4, 1984, 143-159.
- HUBER, G., GROSS, G. & SCHÖTTLER, R. Schizophrenie - Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin: Springer, 1979.
- KLUG, J., VAN DER HEIDEN, W., SCHEEL, R. & KISTNER, K. Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen durch schizophrene Patienten im Langzeitverlauf. In: H. BECKMANN (Hrsg.), Biologische Psychiatrie, Fortschritte psychiatrischer Forschung. Stuttgart: Thieme, 1982.
- VOGEL, R., ASCHOFF-PLUTA, R., BELL, V., BLUMENTHAL, St., LUNGERSHAUSEN, R. & MOHLER, P. Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - Eine Längsschnittuntersuchung. ZUMANACHRICHTEN, 11, 1982, 37-52.
- VOGEL, R., BELL, V. & BLUMENTHAL, St. Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - Eine prospektive Längsschnittuntersuchung. ZUMANACHRICHTEN, 14, 1984, 27-45.
- VOGEL, R., BELL, V., BLUMENTHAL, St., NEUMANN, N.-U. & SCHÖTTLER, R. Die Rehabilitationschancen stationär erstbehandelter Alkoholkranker im ersten Jahr nach ihrer Entlassung. PSYCHO, Heft 2, 1985.
- ZINTL-WIEGAND, A., SCHMIDT-MAUSHART, S., LEISNER, R. & COOPER, B. Psychiatrische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In: H. HÄFNER (Hrsg.), Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse. Berlin, 1978.